VEJIGA HIPERACTIVA.

Dr.Mauricio Martí Brenes.

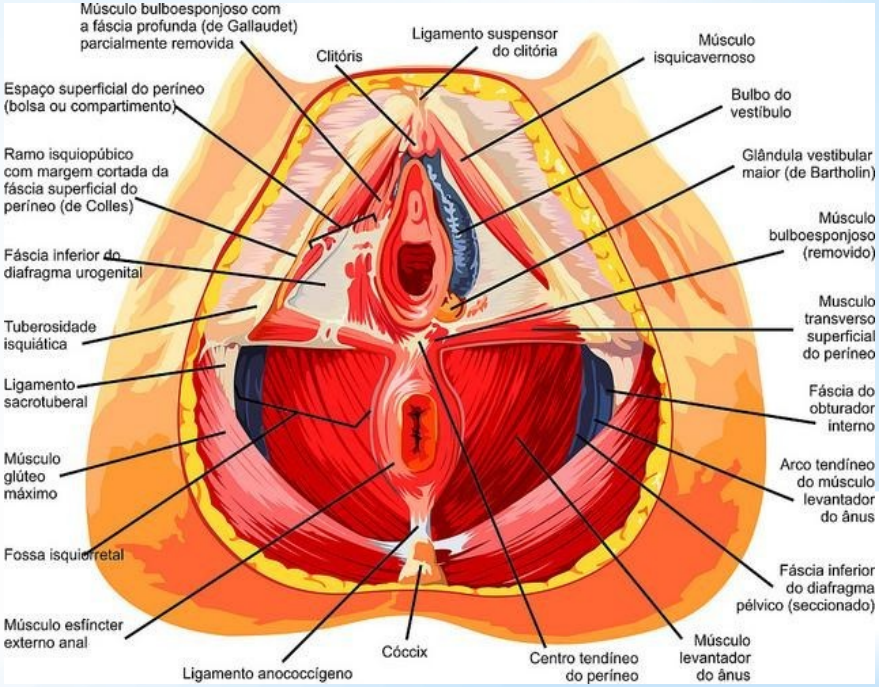
Incontinencia urinaria

Pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico

Incontinencia urinaria

ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO:

- Diafragma pelviano
  - Fascia endopélvica
  - Musculo elevador del ano
- Diafragma urogenital
  - Plano profundo
    - Tr. Prof. del periné
  - Plano superficial
    - ✓ Bulbocavernoso
    - ✓ Isquiocavernoso
    - ✓ Tr. Sup. del periné



Incontinencia urinaria

-INERVACIÓN DEL TUI

- Eferente
  - Núcleo PS ef sacro(S2-S4)➔N. Pelviano
  - Núcleo S ef espinal (D12-L2)➔N. Hipogástrico
  - Núcleo de Onuf➔N. Pudendo

Detrusor
Esf. Liso
Trigono
Uretra proximal

ESFINTER ESTRIADO

- Aferent
  - Vejiga➔N. Pelvianos M. Sacra
  - Trígono y c.vesical➔N. Hipogástrico➔M.toracolum
  - Uretra anterior➔N.pudendo
  - Haces espinotalamicos y cordones posteriores hacia el tálamo y zona pontinomesencefalica

Incontinencia urinaria

FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN

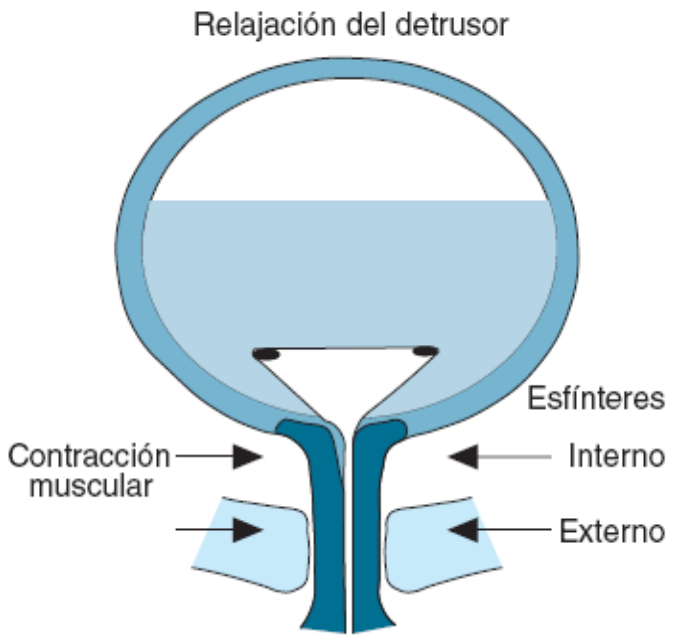


Figura 3. Fase de llenado: durante esta fase los esfínteres interno y externo permanecen contraídos y el detrusor relajado (hay un predominio del simpático e inhibición del parasimpático)[4]. A medida que la vejiga se llena se estimulan los receptores sensitivos de la pared. Los estímulos sensitivos alcanzan los segmentos sacros y desencadenan una respuesta parasimpática. Cuando alcanzan un nivel crítico es necesaria una inhibición cortical que bloquee la contracción del detrusor y potencie la contracción del esfínter uretral. Si la ocasión se considera adecuada se retira la inhibición voluntaria y se pasa a la siguiente fase[1].

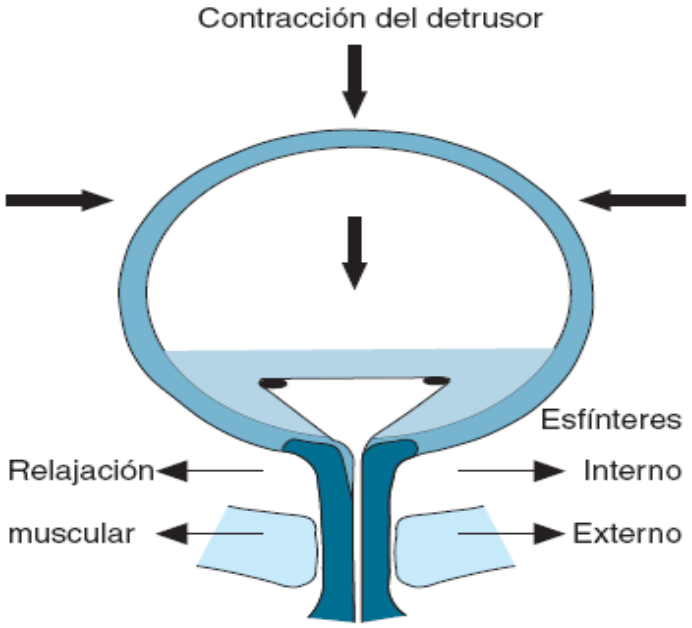


Figura 4. Fase de vaciado: con la llegada de orina al cuello vesical y uretra proximal se desencadena el reflejo de micción. Se produce relajación voluntaria del esfínter externo, contracción del detrusor por estímulo parasimpático y, simultáneamente, relajación de la uretra y el cuello vesical por inhibición del simpático. La sincronización y la coordinación entre estas 2 fases se consigue por la regulación que ejerce el núcleo mesencéfalo-pontino sobre los núcleos medulares[4]. La micción voluntaria suele iniciarse con una contracción voluntaria de los músculos abdominales. Se produce un aumento de presión vesical que estimula los receptores de distensión, y se activa el reflejo de micción al mismo tiempo que se inhibe el esfínter uretral externo[3].

Incontinencia urinaria

TIPOS:

- IUE: perdida involuntaria de orina coincidente con aumento de la presión abdominal, desencadenada por la actividad física
  - Hipermovilidad uretral
  - Disfunción uretral intrínseca
- IUU: perdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo miccional (urgencia)
  - ✓ Polaquiuria
  - ✓ Nocturia
  - ✓ Contracciones involuntarias del detrusor
- IU Mixta: pérdida de orina asociada a urgencia y esfuerzo
- IU continua
- IU oculta o latente

Incontinencia urinaria

TIPOS:

- IUE: perdida involuntaria de orina coincidente con aumento de la presión abdominal, desencadenada por la actividad física
  - Hipermovilidad uretral
  - Disfunción uretral intrínseca
- IUU: perdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo miccional (urgencia)
  - ✓ Polaquiuria
  - ✓ Nocturia
  - ✓ Contracciones involuntarias del detrusor
- IU Mixta: pérdida de orina asociada a urgencia y esfuerzo
- IU continua
- IU oculta o latente

VH

INTRODUCCIÓN:

"VEJIGA HIPERACTIVA"

Definición

"Urgencia, con o sin incontinencia de urgencia, generalmente acompañada de polaquiuria y nicturia en ausencia de patología local o factores metabólicos que puedan ser responsables de estos síntomas"

ICS 2002

INTRODUCCIÓN:

-Disfunción del tracto urinario bajo

-Reunión de la ICS (International Continence Society) 1999

- Prevalencia
  - >1000 mill pobl. Mundial
  - >frec Asma, DM, osteoporosis o Alzheimer.
- Impacto sobre la calidad de vida
  - Urgencia, polaquiuria e incontinencia
  - Impacto emocional
  - Limitación de la actividad diaria
  - Vergüenza, disminución de autoestima
  - Problemas sexuales
  - Depresión

Calidad de vida

INTRODUCCIÓN:

-Prevalencia variable según estudios y poblaciones

- EEUU: *NOBLE* 16,5%
- Europa: 16,6%
- Asia: 14-29,9%
- Latinoamérica: 18-13%
- España: 2006 21,5% >40 a

Edad

-Prevalencia observada menor que la real

- 50-80% no consultan
- Normalización del síntoma
- Aumento del coste global de la enfermedad
  - EEUU 16,4 bill $/a
  - Calidad de vida estadísticamente mas baja, peor calidad de sueño y mayor estatus depresivo.

FACTORES DE RIESGO:

-Insuficientemente conocidos

-Sexo: doble riesgo frente al sexo masculino

-Paridad: probabilidad dx 60% en multíparas frente a nulíparas

-Enfermedades neurológicas: Parkinson, EM, Demencia, tumores, traumatismos

-E. Metabólicas: DM, osteoporosis

-E. Infecciosas: Herpes Zóster, aracnoiditis, poliomielitis, tabes dorsal.

-Estrés, tabaquismo, menopausia, sedentarismo, obesidad

-Congénitos: E.Bífida, Escoliosis sacra, agenesia sacra, malformaciones medulares, S. Arnold-Chiari, etc

DIAGNÓSTICO:

-Hª clínica:

- Dirigida, duración, desencadenantes, agravantes
- Cuestionarios de calidad de vida (ICIQ UI-SF, KING´S HEALTH)
- Valoración de complicaciones (dolor, hematuria, **infecciones**, disf de vaciado, prolapso, cirugia prev, RT, fistulas,…)

Básico de orina

-Exploración física:

- IMC
- Masas o cicatrices abdominales
- Exploración perineo-vulvar (movilidad uretral, prolapso)
- Contractilidad SP (cierre de introito, oxford)
- Evaluación neurológica: L1-2, S1-2-3
- Reflejo anal y bulbocavernoso
- Test de esfuerzo, Test de Boney, PAD-Test

DIAGNÓSTICO:

DIARIO MICCIONAL

- De las herramientas mas útiles, 3 días

diario miccional

HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICCIONES	PÉRDIDAS DE ORINA			SENSACIÓN DE URGENCIA		¿QUÉ ESTABA HACIENDO EN EL MOMENTO DE LA PÉRDIDA?
AM-PM	Tipo de líquido	Cantidad	Cantidad orinada	Poco	Moderada	Abundante	SÍ	NO	

Fecha: / /

DIAGNÓSTICO:

ESTUDIO URODINÁMICO

-Flujometría libre (menos invasivo)

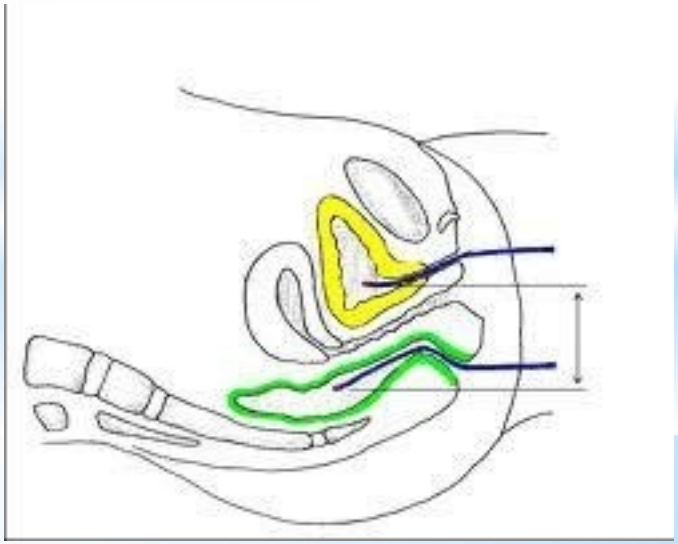
- *Qmax, volumen eliminado, morfología de la curva mono o polifásica*
- *Valoración del residuo postmiccional (ECO): detrusor hipoactivo u obstrucción infravesical*

-Cistomanometría de llenado

- *Sensibilidad, capacidad y acomodación vesical*
- *Hiperactividad del detrusor*
  - ↑ *Pdet>15mmHg en fase de llenado*
  - *Correlación del 50% respecto a VH*
  - *17% de casos en pacientes asintomáticos*

-Cistomanometría de vaciado

- *Función uretral→ Pdet fuga, Pabd fuga*
- *Perfil uretral: P de cierre uretral (54 cmH2O)*



TRATAMIENTO

CONSERVADOR

FARMACOLÓGICO

QUIRÚRGICO

TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO CONSERVADOR

-Primera línea de tratamiento, ICS (Abrams et al. 2010)

-Diario miccional

-Cambio de hábitos y modificación del estilo d vida

- ↓ IMC
- Eliminar irritantes
- ↓ ingesta de líquidos (?)

-Entrenamiento para control de síntomas de incont. y VH

- Reeducación vesical: orina programada
- Ejercicios de Kegel
- Control de la intensidad de los síntomas

- Conos vaginales
- Biofeedback
- Electroestimulación
- Estimulación del tibial posterior

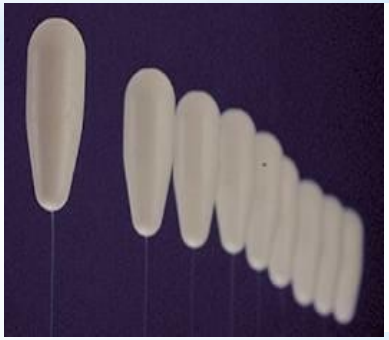


FIGURA 6. Electrodo para electroestimulación vaginal.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

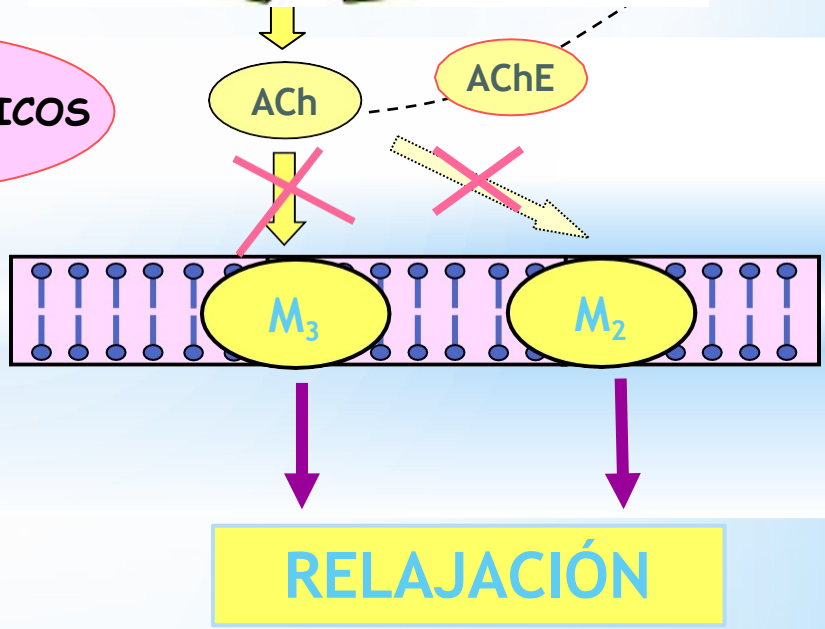
-Terapéutica de primera línea,
no excluye al anterior.

-Anticolinérgicos:

- Inhibidores competitivos de la ACo
- M2-M3
  - ↓ la capacidad contráctil de la vejiga

contracciones no inhibidas del detrusor

- Actividad a nivel aferente (Yocoyama et al. 2005)



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Recomendado en VH con o sin HD
- Dosis farmacológica mas efectiva con menor efectos secundarios
- Contraindicación: glaucoma de ángulo cerrado, estreñimiento, sdme seco, ancianos frágiles con riesgo de confusión.
- Efectos adversos: ***sequedad bucal***, visión borrosa, estreñimiento, prurito, nauseas
- Residuo postmiccional <1%

Antimuscarínico	Dosis recomendada	Nivel evidencia	Grado recomendación
Tolterodina	4 mg una vez al día,	1	A
Solifenacina	5 mg –10mg una vez día	1	A
Fesoterodina	4 mg- 8 mg una vez al día	1	A
Trospio	20 mg dos veces al día	1	A
Fármacos con acciones mixtas			
Oxibutinina	2.5 - 5 mg / 2-3 veces día	1	A

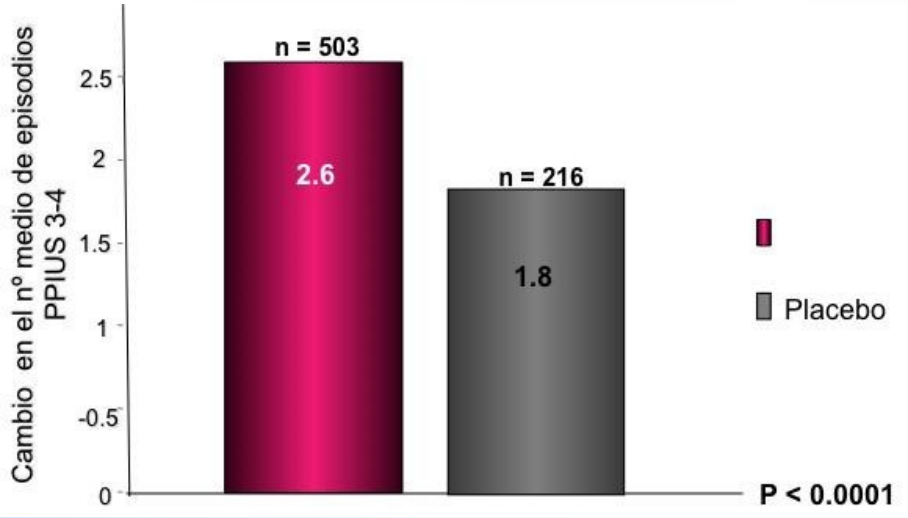
TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

-*Urgencia* miccional como síntoma principal en el dx de VH

Estudio VENUS Estudio SUNRISE

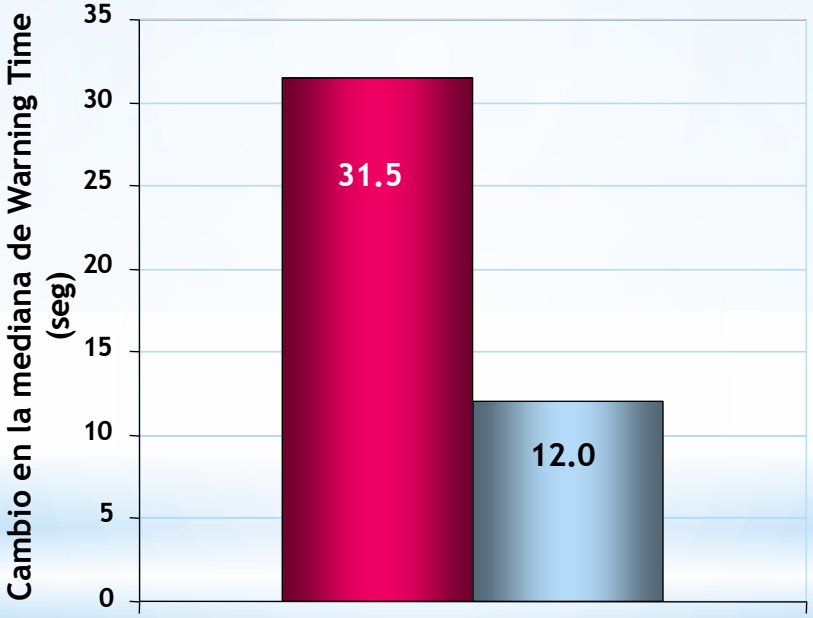
Se compara la percepción de episodios de urgencia con la solifenacina respeto a placebo.



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Warning time



p=0.008

Solifenacina (n=280)

Placebo (n=272)

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

-Otros fármacos:

- Beta adrenérgicos (terbutalina, salbutamol), relajación de fibras musculares actuando sobre los receptores beta
  - ✓ En la actualidad no hay recomendación de uso para la VH por FDA
- Antidepresivos (imipramina, duloxetina)
- Estrógenos
- Desmopresina

  Análogos de la vasopresina

  Disminución de la diuresis por reabsorción de agua en la medula renal mediante los receptores V1 V2

  Nicturia
- Toxina botulínica
- Otros

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- IUE
  - Marshall-Marchetti-Krantz
  - Burch (todavía en uso,con resultados parecidos a la TVT)
  - TVT (1996)
  - TVT-O, in-out
  - TOT out-in
  - Minislings
    - MiniArc
    - TVT-Secur
  - IUE recidivada: REMEX
  - IUE con uretra fija

TRATAMIENTO

TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA

- TOXINA BOTULÍNICA
  - Actúa mediante parálisis parcial y temporal del detrusor.
  - Se inyecta entre 20 y 30 puntos distintos en toda la superficie de la vejiga.
  - Resultados alentadores, pero solo para casos refractarios a otros tratamientos por su irreversibilidad temporal.
- NEUROMODULACIÓN SACRA
  - Estimulación directa de las raíces sacras y por lo tanto inhibición del reflejo de la micción.
  - Dispositivo implantado en la nalga con electrodos a nivel S3.
  - Se usa en casos refractarios, incontinencia fecal,etc.
- NEUROESTIMULACIÓN DEL N. TIBIAL POSTERIOR
  - Corriente de baja intensidad que estimularía el nervio tibial posterior que tiene las mismas raíces sacras que el centro sacro de la micción produciendo inhibición del arco reflejo sacro.
  - Buenos resultados a corto y medio plazo.
  - Baja adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento
- El tratamiento debe ser individualizado en función de la gravedad y de las enfermedades concomitantes de la paciente.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento
- El tratamiento debe ser individualizado en función de la gravedad y de las enfermedades concomitantes de la paciente.
- El tratamiento conservador y farmacológico son sinérgicos entre si.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento
- El tratamiento debe ser individualizado en función de la gravedad y de las enfermedades concomitantes de la paciente.
- El tratamiento conservador y farmacológico son sinérgicos entre si.
- Los antimuscarínicos son el fármaco que aporta mayor evidencia en el tratamiento.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento
- El tratamiento debe ser individualizado en función de la gravedad y de las enfermedades concomitantes de la paciente.
- El tratamiento conservador y farmacológico son sinérgicos entre si.
- Los antimuscarínicos son el fármaco que aporta mayor evidencia en el tratamiento.
- El tratamiento de los casos complicados de incontinencia y de VH debería tener tener un soporte multidisciplinar.

CONCLUSIONES

- La VH es un diagnóstico clínico de inicio.
- La orientación diagnóstica se basa en los síntomas de urgencia, polaquiuria y nicturia, con o sin incontinencia.
- La mayoría de los pacientes nos consultarán acerca de su enfermedad.
- Los cuestionarios de CdV y el diario miccional son herramientas diagnósticas muy útiles y fáciles de administrar.

  Nos servirán tanto para el diagnóstico como para el seguimiento
- El tratamiento debe ser individualizado en función de la gravedad y de las enfermedades concomitantes de la paciente.
- El tratamiento conservador y farmacológico son sinérgicos entre si.
- Los antimuscarínicos son el fármaco que aporta mayor evidencia en el tratamiento.
- El tratamiento de los casos complicados de incontinencia y de VH debería tener tener un soporte multidisciplinar.
- ?

Casos clínicos

Caso 1

-Mujer 45 años remitida desde MC por incontinencia urinaria

-AP: Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox, IQx hernia inguinal derecha/NAMC

-Fumadora de 10 cigarrillos/dia

-AGO: G2 A1 P1 (RN 3250g) FM: 7-8/25-28, con hipermenorrea

-Citologías normales

-Limpiadora Anamnesis:

-Refiere incontinencia desde hace varios años, que en los dos últimos años ha empeorado.

-Pierde orina con la tos y los esfuerzos, como fregar o coger peso.

-Debe ir a orinar con mucha frecuencia, y a veces no le da tiempo a llegar al baño y se le escapa la orina.

Caso 1

-Durante el sueño nocturno no precisa levantarse para orinar, pero nada mas levantarse debe acudir rápidamente al baño.

-Orina sin dificultad, “quedándose a gusto” tras la misma.

-Debe usar 3 o 4 salva-slip al día

-Pierde orina todos los días, muy poca cantidad.

-Se le entrega un cuestionario ICIQ-IU SF

-ICIQ IU-SF: 16

Caso 1

-Durante el sueño nocturno no precisa levantarse para orinar, pero nada mas levantarse debe acudir rápidamente al baño.

-Orina sin dificultad, “quedándose a gusto” tras la misma.

-Debe usar 3 o 4 salva-slip al dia

-Pierde orina todos los dias, muy poca cantidad.

-Se le entrega un cuestionario ICIQ-IU SF

-ICIQ IU-SF: 16

¿QUÉ INFORMACIÓN PODEMOS EXTRAER DE ESTA ANAMNESIS?

Caso 1

-Refiere incontinencia desde hace varios años, que en los dos últimos años ha empeorado. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

-Pierde orina con la tos y los esfuerzos, como fregar o coger peso.

-Debe ir a orinar con mucha frecuencia, y a veces no le da tiempo a llegar al baño y se le escapa la orina. FRECUENCIA Y IUU

-Durante el sueño nocturno no precisa levantarse para orinar, pero nada mas levantarse debe acudir rápidamente al baño. NO NICTURIA

-Orina sin dificultad, “quedándose a gusto” tras la misma.

-Debe usar 3 o 4 salva-slip al dia NO SINTOMA DE DISF. DE VACIADO

-Pierde orina todos los dias, muy poca cantidad.

-Se le entrega un cuestionario ICIQ-IU SF

-ICIQ IU-SF: 16

Caso 1

-Exploración:

-Peso: 80 kg Altura: 165 cm IMC: 29,38

-Expl. neurológica: sensibilidad perineal conservada, reflejos anal y bulbocavernosos presentes.

-Expl. Ginecológica:

- Periné normal, cicatriz de EMLD. Apertura de introito 15 mm, buen trofismo
- Cistocele grado I, no prolapso uterino ni rectocele
- Tacto bimanual: útero irregular y aumentado de tamaño
- Test de esfuerzo+
- Uretra móvil
- Oxford 2/5

-.ECO ginecológica: Útero polimiomatoso, el mayor intramural-subseroso de 5 cm en cara anterior. Endometrio de segunda fase, ovarios normales

Caso 1

¿qué pruebas complementarias solicitarías para hacer una evaluación básica de la IU que refiere la paciente?

a. Diario miccional
b. Análisis de orina
c. Orina residual
d. Todas las anteriores

Caso 1

¿qué pruebas complementarias solicitarías para hacer una evaluación básica de la IU que refiere la paciente?

a. Diario miccional
b. Análisis de orina
c. Orina residual
d. Todas las anteriores

Caso 1

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Sistemático de orina: negativo

-Diario miccional

Frecuencia 10

Nicturia 0

Ingesta diaria 2300 ml Intervalo miccional 1h y media Episodios de urgencia 1-2/dia

Episodios de incontinencia 5-6 al dia

-Orina residual 22cc

.

Caso 1

¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO MAS ACERTADO?

a. IUE
b. IUU
c. IU mixta de predominio de esfuerzo
d. IU mixta de predominio de urgencia
e. No tengo datos suficientes

Caso 1

¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO MAS ACERTADO?

a. IUE
b. IUU
c. IU mixta de predominio de esfuerzo
d. IU mixta de predominio de urgencia
e. No tengo datos suficientes

Caso 1

¿CUÁL CONSIDERAS QUE SERIA EL TRATAMIENTO INICIAL MAS ADECUADO?

a. Rehabilitación del suelo pélvico
b. Reeducación vesical
c. Tratamiento con anticolinérgicos
d. Reducción de la ingesta de líquidos
e. Todos los anteriores

Caso 1

¿CUÁL CONSIDERAS QUE SERIA EL TRATAMIENTO INICIAL MAS ADECUADO?

a. Rehabilitación del suelo pélvico
b. Reeducación vesical
c. Tratamiento con anticolinérgicos
d. Reducción de la ingesta de líquidos
e. Todos los anteriores

Caso 1

-Se indicó tratamiento de IUM con:

* Rehabilitación del suelo pélvico
* Reeducación vesical: iniciando con su intervalo habitual e incrementándolo cada semana
* Solifenacina 10 mg
* Reducción de la ingesta de líquidos: 1,5-2 litros/dia
* Se indicó tratamiento con Amchafibrin 500 los dias de menstruación

* CONTROL EN 3 MESES

Caso 1

-A LOS 3 MESES

- Refiere discreta mejora de los síntomas urinarios, pero sigue con reglas muy abundantes y persiste la incontinencia.
- Oxford: 5/5
- ETV: sin cambios respecto a la anterior
- ICIQ IU-SF: 12
- Diario miccional
  - Frec 8
  - Nicturia no
  - Ingesta 1700
  - Intervalo miccional 2h
  - Episodios de urgencia 1
  - Episodios de incontinencia 3-4 sin asociación a urgencia

Caso 1

¿SOLICITARÍAS CONTROL URODINÁMICO?

1. SI
2. NO

Caso 1

¿SOLICITARÍAS CONTROL URODINÁMICO?

1. SI, incontinencia refractaria al tratamiento inicial
2. NO

- ESTUDIO URODINÁMICO
  - Qmax 22 ml/s
  - OR:34
  - Ausencia de contracciones involuntarias del detrusor
  - Sensibilidad normal
  - Perdidas urinarias con el esfuerzo, VLPP 80 cm H20
  - Función miccional normal, no residuo postmiccional patológico
  - Dx: IUE

Caso 1

-DADA LA PERSISTENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y SU PROBLEMA DE MIOMAS ASOCIADO A LA AMENORREA,¿QUÉ TRATAMIENTO OFRECERÍAS A LA PACIENTE?

a. Tratamiento quirúrgico de su patología ginecológica asociada a la corrección de la IUE.
b. En primer lugar, trataría su problema de miomas.
c. Seguiría con rehabilitación del suelo pélvico.
d. Seguiría con tratamiento farmacológico.
e. Ninguna de las anteriores.

Caso 1

-DADA LA PERSISTENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y SU PROBLEMA DE MIOMAS ASOCIADO A LA AMENORREA,¿QUÉ TRATAMIENTO OFRECERÍAS A LA PACIENTE?

a. Tratamiento quirúrgico de su patología ginecológica asociada a la corrección de la IUE
b. En primer lugar, trataría su problema de miomas
c. Seguiría con rehabilitación del suelo pélvico
d. Seguiría con tratamiento farmacológico
e. Ninguna de las anteriores

Caso 1

-Se realiza histerectomía total abdominal asociada a la colocación de una banda libre de tensión tipo TOT

-Alta al 4º día postquirúrgico, sin complicaciones.

CONTROL AL MES POSTOPERATORIO

-No refiere síntomas urinarios de IUE, ni de urgencia

-ICIQ IU-SF: 0

-Tampoco refiere síntomas de disfunción de vaciado

-Diario miccional: frec 5-6

CONTROL A LOS 6 MESES

Paciente asintomática

Caso 2

MOTIVO DE CONSULTA

- Mujer de 46 años, abogada en una multinacional. Fuma unos 10 cigarros/día, no refiere hábitos farmacológicos.
- Acude al especialista, porque desde hace dos meses siente necesidad de vaciar la vejiga de manera repentina varias veces al día (>3), además refiere frecuencia miccional (12 veces/día, incluyendo 1-2 por noche). Con algún episodio de IUU (1-2/semana). No refiere pérdida de orina al toser o hacer esfuerzos.
- El miedo a la sensación de urgencia repercute en su vida laboral

Caso 2

ANAMNESIS

HISTORIA CLÍNICA

- Bebedora habitual (2 vinos o cervezas/día)
- Consumidora de 2-3 tazas de café/día
- Fumadora 10 cigarros/día.
- Talla: 162cm. Peso: 58 Kg IMC:22
- Nº de embarazos: 1, PN1
- Sin antecedentes quirúrgicos
- Sin alergias medicamentosas conocidas

Caso 2

¿Qué diagnóstico podríamos pensar que tiene nuestra paciente?

- Cáncer de Vejiga
- Infección del tracto urinario
- Vejiga Hiperactiva
- Tumor pélvico
- Esclerósis múltiple
- Todas

Caso 2

¿Qué diagnóstico podríamos pensar que tiene nuestra paciente?

- Cáncer de Vejiga: Factor de riesgo –tabaquismo- y sintomatología irritativa
- Infección del tracto urinario: Presenta frecuencia
- Vejiga Hiperactiva: Sintomatología de llenado
- Tumor pélvico: Presencia de frecuencia
- Esclerosis múltiple: Sintomatología de llenado
- Todas : Por su sintomatología podría ser cualquiera de las patologías

Caso 2

REALIZAMOS PRUEBAS ADICIONALES

Examen físico:

- Buen estado general, sin signos de insuficiencia cardiaca.
- Examen neurológico normal: Reflejos conservados
- Examen pélvico normal

Analítica de orina:

- Eritrocitos (-)
- Leucocitos (-)
- Nitritos (-)
- Glucosa (-)
- Proteinas (-)

Caso 2

REALIZAMOS PRUEBAS ADICIONALES

Examen físico:

- Buen estado general, sin signos de insuficiencia cardiaca.
- Examen neurológico normal: Reflejos conservados
- Examen pélvico normal

Descartamos tumores pélvicos y EM

Analítica de orina:

- Eritrocitos (-)
- Leucocitos (-)
- Nitritos (-)
- Glucosa (-)
- Proteinas (-)

Descartamos ITUs y hematuria

Caso 2

¿EN QUE DIAGNÓSTICO PODRÍAMOS PENSAR TRAS LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS ADICIONALES?

- Cáncer de Vejiga
- Infección del tracto urinario
- Vejiga Hiperactiva
- Tumor pélvico
- Esclerósis múltiple
- Todas

Caso 2

¿EN QUE DIAGNÓSTICO PODRÍAMOS PENSAR TRAS LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS ADICIONALES?

- Cáncer de Vejiga
- Infección del tracto urinario
- Vejiga Hiperactiva
- Tumor pélvico
- Esclerósis múltiple
- Todas

Caso 2

¿INICIAMOS TRATAMIENTO?

- No (tratamiento conservador: reducir ingesta de líquidos y ejercicios de suelo pélvico)
- Sí (tratamiento farmacológico)
- Ambos

Caso 2

¿INICIAMOS TRATAMIENTO?

- No (tratamiento conservador: reducir ingesta de líquidos y ejercicios de suelo pélvico)
- Sí (tratamiento farmacológico)
- Ambos

- ✓ Se trata de una paciente con una sintomatología grave y afectación de la CdV, por lo que está recomendado iniciar un tratamiento.
- ✓ Los antimuscarínicos son el tratamiento farmacológico de elección en VH
- ✓ Iniciamos tratamiento con **Solifenacina 5mg/día** y citamos para dentro de 1 mes

Caso 2

VALORAMOS LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN 1 MES DESPUÉS DE INICIAR EL TRATAMIENTO:

Refiere que sus síntomas han mejorado pero considera que aún podría mejorar más. Tolera bien el tratamiento.

¿QUE HACEMOS?

Caso 2

VALORAMOS LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN 1 MES DESPUÉS DE INICIAR EL TRATAMIENTO:

Refiere que sus síntomas han mejorado pero considera que aún podría mejorar más. Tolera bien el tratamiento.

Aumentamos la dosis de Solifenacina a 10 mg/día

Caso 2

Aproximadamente la mitad de los pacientes incluidos en los estudios solicitan un aumento de dosis, disponible con solifenacina

Vesicare 10 mg permite optimizar el tratamiento del paciente con Vejiga Hiperactiva

GRACIAS